

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE POSGRADO



TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON MENCIÓN EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**“Histerectomía laparoscópica comparada con histerectomía
abdominal en el manejo del precancer de cuello uterino”**

Área de Investigación:

Cáncer y enfermedades no transmisibles

Autor:

Br. Rodríguez Fajardo, Roberto Róger

Jurado Evaluador:

Presidente: Serna Alarcón, Víctor

Secretario: Vásquez Tirado, Gustavo Adolfo

Vocal: Segura Plasencia, Niler Manuel

Asesor:

Herrera Gutierrez, César

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5775-2102>

TRUJILLO – PERÚ

2022

Fecha de sustentación: 2022/08/10

DEDICATORIA

Dedicada a toda mi familia por su apoyo incondicional y estar presente conmigo en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han hecho posible la realización de este trabajo.

RESUMEN

El presente estudio retrospectivo tuvo como objetivo comparar los resultados intraoperatorios y postoperatorios entre las mujeres que fueron intervenidas de histerectomía por cirugía convencional y mínimamente invasiva en el manejo del precáncer de cuello uterino, en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo (IREN). La población en estudio fueron las mujeres mayores de 18 años sometidas a histerectomía laparoscópica o histerectomía abdominal operadas entre el 01 de Agosto del 2009 al 30 de Julio del 2016. La muestra incluyó 125 pacientes. Se empleó el paquete estadístico SPSS V 28.0 y las pruebas chi cuadrado y T de student para el análisis de las variables. La edad promedio de las pacientes fue de 42.7 años; el tiempo operatorio, el sangrado y las complicaciones intraoperatorias con la técnica laparoscópica o abdominal fueron respectivamente de 117.58/112.62 minutos, 183.90/221.82 ml, 3/0 complicaciones, siendo estas variaciones no significativas ($P > 0.05$); la estancia hospitalaria fue respectivamente de 2.07/3.59 días ($P < 0.05$); las complicaciones postoperatorias fueron respectivamente 6/0 ($P > 0.05$). Se concluyó que en el IREN Norte la estancia hospitalaria en la histerectomía laparoscópica tiene mejores resultados postoperatorios que la histerectomía abdominal y constituye una alternativa quirúrgica segura y confiable en el manejo del precáncer de cuello uterino.

Palabras clave: Histerectomía, displasia del cuello del útero (DECS)

ABSTRACT

The present retrospective study aimed to compare intraoperative and postoperative results among women who underwent hysterectomy by conventional and minimally invasive surgery in the management of cervical precancer, at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of Trujillo (IREN). The study population was women over 18 years of age who underwent laparoscopic hysterectomy or abdominal hysterectomy operated between August 1, 2009 and July 30, 2016. The sample included 125 patients.

The statistical package SPSS V 28.0 and the chi-square and student's T tests were used for the analysis of the variables. The average age of the patients was 42.7 years; operative time, bleeding and intraoperative complications with the laparoscopic or abdominal technique were respectively 117.58 / 112.62 minutes, 183.90 / 221.82 ml, 3/0 complications, these variations being not significant ($P > 0.05$); the hospital stay was respectively 2.07 / 3.59 days ($P < 0.05$); postoperative complications were respectively 6/0 ($P > 0.05$). It was concluded that in the IREN North hospital stay in laparoscopic hysterectomy has better postoperative results than abdominal hysterectomy and constitutes a safe and reliable surgical alternative in the management of cervical precancer.

Keywords: hysterectomy, neoplasia intraepithelial cervical (MESH)

INDICE

	Pàg.
I. INTRODUCCION	07
II. MARCO TEORICO	08
III. MATERIAL Y MÉTODOS.	13
1. Material :	13
1.1. Población	13
1.2. Muestra	14
1.3. Unidad de análisis	14
2. Método:	14
2.1 Tipo de estudio	14
2.2 Diseño de investigación	15
2.3 Variables y operativización de variables	15
2.4 Instrumentos de recolección de datos	17
2.5 Procedimiento y análisis estadístico de datos	17
IV. RESULTADOS.	18
V. DISCUSIÓN	20
VI. PROPUESTA.	23
VII. CONCLUSIONES.	24
VIII. BIBLIOGRAFÍA.	25
IX. ANEXOS	29

I. INTRODUCCION

El potencial invasivo de la neoplasia intraepitelial cervical severa (NIC 3), también denominado carcinoma en estadio 0, fue pobremente definido hasta que, en el Hospital Nacional de Mujeres, Auckland, Nueva Zelanda, el tratamiento de NIC 3 fue diferido en un número considerable de mujeres entre 1965 y 1974 como parte de un estudio clínico no ético. Entre el 2001 al 2004 un equipo de investigadores revisaron los registros médicos, la citología y la histopatología para todas las mujeres con NIC 3 diagnosticadas entre 1965 y 1974 e identificó los resultados en 1063 mujeres (86% de 1229 mujeres diagnosticadas con NIC 3), de estas 143 mujeres fueron manejadas solo por biopsia con punzón o cuña, y la incidencia acumulada de cáncer invasivo de cuello uterino o cúpula vaginal fue 31.3% (IC 95% 22.7-42.3) a los 30 años, y 50.3% (37.3-64.9) en el subconjunto de 92 mujeres con persistencia enfermedad a los 24 meses; sin embargo, el riesgo de cáncer a los 30 años era solo 0.7% (0.3-1.9) en 593 mujeres cuya tratamiento inicial se consideró adecuado o probablemente adecuado, y cuyo tratamiento para la enfermedad recurrente fue convencional; por lo que se estableció que las mujeres con NIC 3 no tratadas tienen un alto riesgo de cáncer de cuello uterino, mientras que el riesgo es muy bajo en mujeres tratadas convencionalmente.⁽¹⁾

La histerectomía es la cirugía ginecológica más frecuente en todo el mundo, pero aún no hay consenso sobre el abordaje óptimo. Hay muchos estudios aleatorizados que comparan los resultados de varios tipos de histerectomías. Histerectomía abdominal, vaginal o histerectomía laparoscópica se puede elegir dependiendo de la indicación de la cirugía, tamaño uterino, experiencia del cirujano, características del paciente y la preferencia del mismo, sin embargo el abordaje abdominal sigue siendo el procedimiento de elección en la mayoría de los casos.⁽²⁾

La histerectomía constituye la cirugía ginecológica más frecuente en los Estados Unidos con aproximadamente 600,000 casos por año, representando

\$ 5 billones de dólares en cuidados de la salud, estimándose además que el 20% de las mujeres tendrá una histerectomía a los 40 años, 33% a los 65 años y 43% a los 85 años, convirtiéndose en la segunda cirugía más común a la que se someten las mujeres americanas, de las cuales la histerectomía abdominal se realiza en un 66% de casos, la histerectomía vaginal en el 22% y la histerectomía laparoscópica en el 12% de los casos.⁽³⁾

Aunque la histerectomía laparoscópica ha demostrado poseer muchas ventajas sobre la histerectomía abdominal, tales como permitir una mayor ampliación del campo de operación, facilitando la disección precisa, y proporcionando menos dolor y recuperación más rápida, todavía se cree ampliamente que este procedimiento se asocia con una incidencia significativamente mayor de complicaciones lo cual no se ajusta a la verdad, puesto que los estudios han demostrado que las complicaciones significativas después de una histerectomía laparoscópica se han reducido con el tiempo, y esto es probablemente debido a una técnica mejorada acoplada con mejor equipo, siendo sin embargo importante, que los casos se seleccionen apropiadamente antes de la cirugía o la decisión de conversión a laparotomía sea hecha tempranamente.⁽⁴⁾

II. MARCO TEORICO

El diagnóstico precoz de NIC 3 permite prevenir tempranamente el desarrollo de neoplasia maligna de cuello uterino. Es por eso que la mayoría de guías recomiendan su tratamiento ya que el riesgo que progrese es de 30% ⁽⁵⁾⁽⁶⁾. Una proporción importante de lesiones de alto grado regresionarán espontáneamente, pero no hay un método que pueda determinar ello ⁽⁷⁾. El tratamiento es quirúrgico y se pueden utilizar métodos conservadores como el cono LEEP y frío; y no conservadores como la Histerectomía ⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

La histerectomía constituye uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuente en la población femenina ⁽¹⁰⁾. Así es como se realizan más de

600 000 operaciones cada año en USA⁽¹¹⁾ y el 75 % de ellas por vía abdominal y el 25 % por vía vaginal en forma tradicional. ⁽¹²⁻¹³⁾ . La histerectomía por vía laparoscópica fue introducida en 1988 por el Dr Reich, y desde esa fecha se ha mejorado la técnica, pero aún su aceptación es lenta debido a múltiples factores. Las histerectomías más utilizadas son la vaginal, abdominal y la mínimamente invasiva o laparoscópica (HMI). El especialista decide cual técnica utilizar en base a factores como patología anexial, el volumen de la matriz, intervenciones quirúrgicas previas en el abdomen y el número de hijos dentro de otras⁽¹⁴⁾ .

Cuando se encuentra una distopía uterina se suele utilizar el abordaje vaginal con más frecuencia ⁽¹⁵⁾. La desventaja principal es que el tratamiento de alteraciones en los anexos es limitada, pero se considerada la menos invasiva ⁽¹⁶⁾ .

El abordaje abdominal permite el tratamiento de patología benigna y maligna de la matriz, y además permite el manejo del complejo trompa-ovario, endometriosis o adherencias asociadas. Por otro lado se considera una cirugía invasiva, dolorosa , con una pérdida sanguínea considerable y con un período largo de recuperación, que limita la realización de los quehaceres diarios ⁽¹⁷⁾.

En la técnica quirúrgica de la histerectomía abdominal se realiza una incisión mediana infraumbilical o una incisión transversa suprapúbica. Se seccionan los planos de la pared abdominal hasta la cavidad. Se explora la cavidad abdominopélvica. Se coloca el separador autoestático y con gases tipo dressing se rechazarán las asas intestinales para facilitar la visualización del campo operatorio. Se tracciona el útero clampando con pinza Rochester Carmalt justo a nivel de los cuernos uterinos. Se identifica, corta y sutura los ligamentos redondos y se apertura la hoja anterior del ligamento ancho. Se individualiza los ligamentos infundibulares, seccionándolos y suturándolos cuando además se decide extraer los anexos, caso contrario se preservan

seccionando y ligando a nivel del ligamento uteroovarico. La plica vesicouterina es disecada y la vejiga es separada de la vagina.

El peritoneo posterior es incidido entre los ligamentos uterosacros y luego éste es clampado, cortado y suturado a nivel de su inserción al útero. Se pinzan, cortan y suturan los vasos uterinos a nivel del istmo. Con pinzas Heaney se claman los ligamientos cardinales paralelos al útero, para luego cortarlos y suturarlos desde cefálico a caudal, hasta identificar por palpación la parte distal del cérvix.

Se secciona la vagina por debajo del cérvix previamente clamandola con pinzas Moningham o Heaney , y se retira la pieza operatoria. La sutura de la vagina se realiza en uno o dos planos en forma continua con poliglactina N° 0-1. Se lava la cavidad con solución salina y se revisa la hemostasia. Se retira el separador autoestático y las gasas tipo dressing. Por último se cierra la pared abdominal por planos hasta piel.

La cirugía por laparoscopia requiere de entrenamiento y de experiencia quirúrgica y a pesar de su lenta incorporación, cada vez más ha ganado aceptación por sus múltiples ventajas como son: escaso sangrado intraoperatorio, permite dar solución a problemas del complejo tuboovarico y patología pélvica involucrada, mínima invasividad, disminución de la intensidad del dolor, estancia hospitalaria más corta y rápida realización de los quehaceres diarios⁽¹⁸⁾.

En la técnica quirúrgica de histerectomía laparoscópica ⁽¹⁹⁾ se coloca el movilizador uterino RUMI-KOH, el cual se introduce dentro del cuello uterino. Este tiene la finalidad de movilizar el útero y facilitar la colpotomía. Insertamos una aguja de Veress a través del ombligo e insuflamos CO2 para formar el neumoperitoneo y se mantiene a una presión de 12mmHg y un flujo de 1-2 L/min. Se introduce un trocar de 10mm luego de retirar la aguja y través de él una cámara de 0° y 10 mm de diámetro. Luego introducimos tres trocres de 5 mm a nivel de ambas fosas iliacas, y a nivel suprapúbico. Se tracciona, coagula y corta el ligamento redondo con pinza

bipolar o ligasure, se apertura y disecciona el peritoneo anterior del ligamento ancho, se electro coagula y corta el infundíbulo pélvico cuando se extrae el anexo y cuando se preserva se electro coagula y corta la trompa uterina y el ligamento uteroovárico en forma bilateral. Se apertura y disecciona el espacio vesicouterino rechazando hacia abajo la vejiga, se identifican y electro coagulan las arterias uterinas, luego se procede a electro coagular y cortar los ligamentos cardinales y posteriormente se realiza una colpotomía circunferencial con pinza hook alrededor de la copa del sistema Rumi-Koh. Se retira la pieza operatoria por la vagina y se sutura por vía vaginal o laparoscópica con ác. poliglicólico 1 o 0, se realiza lavado de la cavidad abdominal con cloruro de sodio y se aspira, la hemostasia es verificada y se extraen el material quirúrgico utilizado, posteriormente se revierte el neumoperitoneo y se sutura las incisiones con ác. poliglicólico 3/0 y en el caso de la incisión umbilical se sutura primero la aponeurosis con ac. Poliglicólico 0.

Dos clasificaciones se utilizan con más frecuencia, la de Reich y Roberts y la de Munro y Parker⁽²⁰⁾ que señalan cuatro subtipos:

1. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL): la ligadura de los ligamentos redondos y el infundíbulo pélvico es realizado por laparoscopia y luego por vía vaginal se completa la cirugía con la extracción de la pieza operatoria y la sutura de la vagina.
2. Histerectomía laparoscópica (HL): similar a la anterior pero además los vasos uterinos son ligados por laparoscopia, y el resto de la cirugía se realiza por vía vaginal incluyendo la colpotomía, manejo del uterosacro y cierre de la vagina.
3. Manejo parcial de los uterosacros y del ligamento cardinal.
4. Histerectomía total laparoscópica, utilizada en nuestro departamento, en la cual toda la cirugía se desarrolla por laparoscopia y por vía vaginal se retira la pieza operatoria con sutura de la vagina.

Además la HMI se utiliza actualmente en el manejo del cáncer añadiendo la linfadenectomía como parte del tratamiento⁽¹⁴⁾⁽²⁰⁾ .

Un estudio realizado en USA en 1997 encontró que sólo 10 % de las histerectomías se realiza por laparoscópica y que es la técnica vaginal asistida por laparoscopia la más usada; dicho porcentaje es aún menor en el tratamiento del cáncer⁽²¹⁻²³⁾.

La cirugía laparoscópica no está libre de complicaciones y se necesita de una curva de aprendizaje para que su incidencia disminuya⁽²⁴⁾. Los beneficios de la histerectomía laparoscópica documentados en múltiples estudios son: menos días de hospitalización, incisiones más estéticas, disminución del dolor postoperatorio y más pronta incorporación de las pacientes a sus quehaceres diarios ⁽²⁵⁻³³⁾. Estudios han demostrado similares costos hospitalarios comparando ambas técnicas quirúrgicas ⁽³⁴⁾.

En IREN NORTE desde agosto del 2009 se introdujo en forma gradual el abordaje laparoscópico como alternativa eficaz en el tratamiento quirúrgico del precáncer y cáncer de cuello uterino.

Basado en estas consideraciones la finalidad del estudio fue comparar los resultados intraoperatorios y postoperatorios asociada a ambos métodos quirúrgicos en el IREN.

En la presente investigación se planteó como objetivo general: Comparar los resultados intraoperatorios y postoperatorios entre la histerectomía mínimamente invasiva y la histerectomía convencional en el manejo del precáncer de cuello uterino.

En base a ello, se planteó los objetivos específicos: Analizar los resultados intraoperatorios entre la histerectomía mínimamente invasiva y la histerectomía convencional en el manejo del precáncer de cuello uterino. Así

como también analizar los resultados postoperatorios entre la histerectomía minimamente invasiva y la histerectomía convencional en el manejo del precáncer de cuello uterino.

Respecto a los objetivos, se plantearon la siguiente hipótesis:

H1: Existe diferencia significativa en los resultados intraoperatorios y postoperatorios de los pacientes sometidos a histerectomía laparoscópica o histerectomía abdominal en el en el manejo del precáncer del cuello uterino en el IREN Norte.

H0: No existe diferencia significativa en los resultados intraoperatorios y postoperatorios de los pacientes sometidos a histerectomía laparoscópica o histerectomía abdominal en el en el manejo del precáncer del cuello uterino en el IREN Norte.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Material:

1.1 Población:

Estuvo constituida por mujeres mayores de 18 años que fueron sometidas a histerectomía laparoscópica o histerectomía abdominal en el manejo del precáncer del cuello uterino, operadas en el IREN NORTE.

Criterios de Inclusión:

Mujeres mayores de 18 años

Mujeres con diagnóstico de enfermedad ginecológica premaligna del cuello uterino sometidas a histerectomía laparoscópica.

Mujeres con diagnóstico de enfermedad ginecológica premaligna del cuello uterino sometidas a histerectomía abdominal.

Criterios de Exclusión:

Mujeres operadas en otra institución.

Antecedente de Quimioterapia y Radioterapia previos.

Mujeres con otra condición oncológica asociada

Mujeres con trastornos de la coagulación.

1.2 Muestra:

Estuvo conformada por todas las mujeres mayores de 18 años sometidas a histerectomía laparoscópica (59 casos) o histerectomía abdominal (66 casos) en el manejo del precáncer del cuello uterino, durante el periodo de estudio comprendido entre el 01 de agosto del 2009 al 30 de Julio del 2016 en el IREN NORTE.

El cálculo de la muestra se realizó previa revisión de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión en coordinación con el área de estadística.

El muestreo es no probabilístico, de tipo por conveniencia.

1.3 Unidad de análisis:

Historia clínica de paciente mujer con precáncer de cuello uterino operada en el IREN NORTE y que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

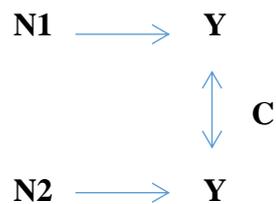
2. Método:

2.1. Tipo de estudio:

La presente investigación fue un estudio retrospectivo, no experimental, transversal.

2.2. Diseño de investigación:

Este estudio correspondió a un diseño descriptivo comparativo con enfoque cuantitativo



Dónde:

N1: pacientes sometidos a histerectomía laparoscópica

N2: pacientes sometidos a histerectomía abdominal

Y: resultados intra y postoperatorios

C: comparación

2.3. Variables y operativización de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
DEPENDIENTE			
			Sangrado intraoperatorio.
Resultados intraoperatorios	Categoría	Nominal	Tiempo quirúrgico. Complicación intraoperatoria.
Resultados postoperatorios	Categoría	Nominal	Estancia hospitalaria. Complicación postoperatoria.

INDEPENDIENTE

Histerectomía Laparoscópica	Categoría	Nominal
Histerectomía Abdominal	Categoría	Nominal

Definiciones operacionales de variables:

- **Histerectomía Abdominal:** Técnica quirúrgica que consiste en la extracción del útero a través de una incisión en la pared abdominal.
- **Histerectomía Laparoscópica:** Técnica quirúrgica que consiste en extracción del útero a través de mínimas incisiones de la pared abdominal utilizando instrumentos debidamente diseñados para tal fin.
- **Precáncer de cuello uterino:**
Lesión displásica del epitelio del cuello uterino en la cual aún se mantiene íntegra la membrana basal.
- **Resultados intraoperatorios:**

Sangrado durante el acto operatorio: volumen de pérdida sanguínea, cuantificada en mililitros, recolectado en depósitos de aspiración y en las gasas utilizadas.

Tiempo quirúrgico: medido en minutos iniciando con la apertura de la piel hasta su sutura.

Complicación intraoperatoria: aquella sucedida durante la cirugía, como lesión ureteral, vesical, visceral, vascular, etc.
- **Resultados postoperatorios:**

Estancia hospitalaria: tiempo transcurrido desde la cirugía hasta el alta, cuantificado en horas.

Complicación postoperatoria: aquella circunstancia que se produce luego de la cirugía con una manifestación local o sistémica que dificulta la recuperación, y pueden poner en riesgo la vida, como infección de sitio operatorio, fistula, hematoma, infección de vías urinarias, etc.

2.4. Instrumentos de recolección de datos.

Se identificó la población de pacientes histerectomizadas por vía laparotómica o mínima invasión; y se confirmó el resultado patológico.

Se tomaron los datos pertinentes para el estudio de las historias clínicas y fueron registradas en el anexo correspondiente.

De la información recolectada en el anexo, se elaboró la base de datos para su posterior análisis.

2.5. Procedimiento y análisis estadístico de datos.

Ingresaron los pacientes que se les había realizado histerectomía laparoscópica o histerectomía abdominal como parte del tratamiento de enfermedades premalignas del cuello uterino durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios antes mencionados.

El registro de datos que fueron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 28.0.

Estadística Descriptiva:

Se realizó el análisis descriptivo de las variables en el estudio a través de tablas de distribución de frecuencia en el caso de variables nominales y ordinales; y medidas resumen para las variables de intervalo o razón.

Estadística Analítica

Con la finalidad de evaluar la asociación entre algunas variables cualitativas y la variable abordaje quirúrgico (laparoscopia o abdominal) se usó la prueba chi cuadrado. Para el caso de variables cuantitativas se usó la prueba t de student. Se consideró un $p < 0.05$ para diferencias o asociaciones significativas.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Comparación de los resultados intraoperatorios entre las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica e histerectomía abdominal en el manejo del precáncer de cuello uterino.

RESULTADOS INTRAOPERATORIOS	MEDIDA	TÉCNICA QUIRÚRGICA				SIGNIFICANCIA P
		LAPARASCÓPICA		ABDOMINAL		
		X ± DE		X ± DE		
TIEMPO OPERATORIO	Num.	117.58 ± 37.17		112.62 ± 39.93		P > 0.05
		X ± DE		X ± DE		
SANGRADO (ML)	Num.	183.90 ± 169.07		221.82 ± 145.43		P > 0.05
		N°	%	N°	%	
COMPLICACIONES INTRAOPERATORIOS	Si	3	5%	0	0%	P > 0.05
	No	56	95%	66	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las Historias Clínicas, IREN NORTE.

Descripción:

En la Tabla 1 se observó la comparación con la prueba t-student según su comportamiento normal ($p > 0.05$), el tiempo operatorio promedio de la técnica laparoscópica fue de 117.58 minutos con desviación estándar de 37.17 y de la técnica abdominal fue de 112.62 minutos con desviación estándar de 39.93, haciendo una diferencia promedio de 4.96 minutos siendo ello no significativo ($P > 0.05$). El sangrado promedio de la técnica laparoscópica fue de 183.90 ml con desviación estándar de 169.07 y de la técnica abdominal de 221.82 ml con desviación estándar de 145.43, haciendo una diferencia promedio de 37.92 ml. siendo ello no significativo ($P > 0.05$). También se observó que las complicaciones intraoperatorias de la técnica laparoscópica fueron 3 de un total de 59 pacientes y de la técnica abdominal fue de 0 de 66 pacientes utilizando la prueba chi cuadrado, haciendo una diferencia promedio de 3 complicaciones, siendo ello no significativo ($P > 0.05$).

Tabla 2: Comparación de los resultados postoperatorios entre las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica e histerectomía abdominal en el manejo del precáncer de cuello uterino.

RESULTADOS POSTOPERATORIOS	MEDIDA	TÉCNICA QUIRÚRGICA				SIGNIFICANCIA P
		LAPARASCÓPICA		ABDOMINAL		
		X ± DE		X ± DE		
ESTANCIA HOSPITALARIA	Num.	2.07 ± 0.61		3.59 ± 0.50		P < 0.05
		N°	%	N°	%	
COMPLICACIONES POSTOPERATORIOS	Si	6	10%	0	0%	P > 0.05
	No	53	90%	66	100%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las Historias Clínicas, IREN NORTE.

Descripción:

Respecto a los resultados postoperatorios se observó la comparación con la prueba t-student según su comportamiento normal ($p > 0.05$), la estancia hospitalaria promedio de la técnica laparoscópica fue 2.07 días con desviación estándar de 0.61 y de la técnica abdominal de 3.59 días con desviación estándar de 0.50, haciendo una diferencia promedio de 1.52 días, siendo ello significativo ($P < 0.05$). También se observó que las complicaciones postoperatorias de la técnica laparoscópica fueron 6 de un total de 59 pacientes y con la técnica abdominal fueron 0 de 66 pacientes utilizando la prueba chi cuadrado, haciendo una diferencia promedio de 6 complicaciones, siendo ello no significativo ($P > 0.05$).

V. DISCUSIÓN

Las indicaciones para la histerectomía laparoscópica incluyen patología benigna como: miomatosis uterina, masas anexiales, endometriosis, etc. También se le puede considerar en casos de cáncer ovárico, endometrial o cervical en estadio temprano, así como en el precáncer de cérvix. Actualmente existe una multitud de variantes técnicas para la histerectomía laparoscópica, siendo una de las más sencillas y prácticas la clasificación de Clermont Ferrand la cual consta de: Tipo I: Incluye la hemostasia y sección de los pedículos anexiales y de los ligamentos redondos, liberando la cúspide del ligamento ancho y facilitando el resto de las maniobras por vía vaginal. Tipo II: Asocia el desprendimiento útero-vesical y la hemostasia de los pedículos uterinos. Tipo III: Realiza la disección del cérvix por vía intrafascial, la hemostasia de los pedículos cervicovaginales y comienza la abertura vaginal. Tipo IV: Consiste en realizar toda la histerectomía por vía laparoscópica, incluida la abertura y el cierre vaginales, el único momento de vía vaginal es la extracción de la pieza⁽³⁵⁾. Basado en esta clasificación nuestro procedimiento correspondió a una histerectomía laparoscópica tipo III.

Básicamente las complicaciones de la laparoscopia están directamente relacionadas con la experiencia del cirujano, con la dificultad de la técnica a emplear y con la calidad del equipo e instrumental que se utiliza. Se estima que globalmente, la mortalidad de la laparoscopia oscila entre el 0.5 y 2 por 10,000 y las complicaciones mayores oscilan entre 1.5 y 5 por 1000, mientras que en Estados Unidos se realizan cada año aproximadamente 600,000 histerectomías, con tiempos de hospitalización de 3-5 días, recuperación de 3-6 semanas, morbilidad de 25-50% y una mortalidad de 800 por año⁽³⁵⁾. En el presente estudio la edad promedio de nuestras pacientes fue de 42.7 años y se observó que el tiempo operatorio promedio de la técnica laparoscópica fue de 117.58 minutos y con técnica abdominal es 112.62 minutos siendo esta diferencia no significativo ($P > 0.05$); el sangrado promedio de la técnica laparoscópica fue de 183.90 ml y con la técnica abdominal es 221.82 ml siendo esta diferencia no significativo ($P > 0.05$); también se observó que las complicaciones intraoperatorias de la técnica laparoscópica fueron 3 de un total de 59 y de la técnica abdominal fueron 0 de 66 siendo esta variación no significativo ($P > 0.05$); por lo tanto se demuestra que la histerectomía laparoscópica tiene resultados intraoperatorios muy similares a la histerectomía abdominales el manejo del precáncer de cuello uterino. Esto es concordante con un metanálisis conformado por nueve estudios que evaluaron a 4389 mujeres; de ellos seis estudios que evaluaron a 3993 participantes con cáncer de endometrio en estadio temprano no encontraron diferencias significativas en el riesgo de muerte entre las mujeres que se sometieron a laparoscopia y las mujeres que se sometieron a laparotomía; y cinco estudios que evaluaron a 3710 participantes no encontró diferencias significativas en el riesgo de recurrencia entre los grupos de laparoscopia y laparotomía; no hubo diferencia significativa en la tasa de muerte perioperatoria, transfusión de sangre y lesiones vesicales, ureterales, intestinales y vasculares; sin embargo, un metanálisis de tres estudios encontró que las mujeres del grupo de laparoscopia perdieron significativamente menos sangre que las mujeres del grupo de laparotomía; además, la laparoscopia se asoció con una

reducción de la morbilidad operatoria y de la estancia hospitalaria. No hubo diferencia significativa en la morbilidad postoperatoria severa entre las dos modalidades.⁽³⁶⁾

En un estudio retrospectivo que incluyó 6,480 pacientes sometidos a histerectomía abdominal (AH), vaginal (VH) o histerectomía laparoscópica total (TLH), la complicación perioperatoria más común fue la transfusión de sangre que se produjo en 114 pacientes (2.6%). Los pacientes de VH requerían significativamente menos transfusión sanguínea que la AH (2.1, 2.6%, respectivamente), la AH tenía significativamente más lesión de la vejiga que VH (0.7, 0.4%, respectivamente), AH tuvo significativamente más daño ureteral que VH (0.2, 0.1%, respectivamente), AH tuvo la misma cantidad de lesión intestinal que VH (0.1%), AH y VH necesitaban significativamente más reoperación que TLH (0.4, 0.2, 0.0%, respectivamente)⁽²⁾. En nuestro estudio no se reportaron complicaciones intraoperatorias con la técnica abdominal y en los tres casos reportados con la técnica laparoscópica estos fueron laceración vesical y hemorragia, siendo estos motivos de conversión pero no se requirió transfusión sanguínea.

En un estudio de 132 histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia y 294 histerectomías laparoscópicas totales del Monash Medical Center y de tres hospitales privados de Melbourne, desde 1994 al 2007 se reportaron 16 complicaciones significativas, hubo dos casos de fístula ureteral, dos lesiones de la vejiga, dos obstrucciones intestinales, cuatro hematomas postoperatorios, un caso de fístula vesical, cuatro conversiones a laparotomía y una lesión superficial de la arteria epigástrica; la estancia hospitalaria varió de dos a seis días⁽⁴⁾. En nuestro estudio la estancia hospitalaria promedio de la técnica laparoscópica fue 2.07 días y de la técnica abdominal fue 3.59 días siendo esta diferencia significativa ($P < 0.05$); también se observó que las complicaciones postoperatorias de la técnica laparoscópica fueron 6 de un total de 59 pacientes y con la técnica

abdominal fueron 0 de 66 pacientes, siendo ello no significativo ($P > 0.05$). Nuestra tasa de hospitalización y de complicaciones fue consistente con las tasas informadas previamente, por lo tanto, se demuestra que la histerectomía laparoscópica tiene mejores resultados postoperatorios respecto a la estancia hospitalaria que la histerectomía abdominal y que con respecto a las complicaciones postoperatorias ambos procedimientos tienen resultados similares en el manejo del precáncer de cuello uterino. Las complicaciones laparoscópicas postoperatorias reportadas en nuestro estudio fueron la fistula ureterovaginal, fistula vesicovaginal, colpitis, anemia por pérdida, hemoperitoneo y síndrome febril.

Durante el 2009 se realizó un estudio retrospectivo en el Brigham and Women's Hospital de Estados Unidos el cual incluyó a 1079 mujeres sometidas a histerectomía de las cuales 26.9% fueron abdominales, 19.6% vaginales, 51.5% laparoscópica y el 2.0% robótico. La tasa de complicación intraoperatoria fue 1,7% para el abdominal, el 0.8% es vaginal, el 0.3% en la laparoscópica y 0 en la robótica. Los costos totales de las pacientes fueron de \$43 622 para las abdominales, \$ 31934 para las vaginales, \$38312 para las laparoscópicas y \$ 49526 para las histerectomías robóticas. ⁽³⁾

Dado que, en un centro especializado, como lo es el IREN Norte, la histerectomía laparoscópica necesita una curva de aprendizaje y de experiencia mayor que la histerectomía abdominal, esta sería una de las razones de porque nuestro grupo tuvo un número limitado de casos que se sometieron a histerectomía laparoscópica durante ese tiempo.

VI. PROPUESTA

- Dado que la histerectomía laparoscópica en el manejo del precáncer de cuello uterino en el IREN Norte es una técnica quirúrgica relativamente nueva, se propone seguir incentivando su desarrollo a fin de que nuestros

cirujanos continúen mejorando sus destrezas y de esta manera se brinde otra alternativa terapéutica oncológica con resultados cada vez más alentadores para nuestros pacientes.

- Se propone incentivar el desarrollo de estudios prospectivos controlados con grandes volúmenes de pacientes para poder determinar con mayor grado de certeza las bondades de la histerectomía laparoscópica en el manejo del precáncer y en el cáncer de cérvix en el IREN Norte.
- Se sugiere que en futuros estudios se pudieran incorporar otras variables como IMC, edad, comorbilidades, entre otros a fin de tener un análisis más exhaustivo del mismo; siendo este nuestro limitante por ser el primero en su género en nuestra institución.

VII. CONCLUSIONES

- En el IREN Norte no existe diferencia significativa con respecto al tiempo operatorio y al volumen de sangrado intraoperatorio entre las técnicas de histerectomía laparoscópica y la abdominal en el manejo del precáncer de cuello uterino.
- En el IREN Norte si existe diferencia significativa con respecto a la estancia hospitalaria postoperatoria entre las técnicas de histerectomía laparoscópica y la abdominal en el manejo del precáncer de cuello uterino, siendo esta última mayor.
- En el IREN Norte no existe diferencia significativa con respecto a las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias entre las técnicas de histerectomía laparoscópica y la abdominal en el manejo del precáncer de cuello uterino.
- En el IREN Norte la histerectomía laparoscópica constituye una alternativa quirúrgica segura y confiable en el manejo del precáncer de cuello uterino.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. McCredie M, Sharples K, Paul C, Baranyai J, Medley G, Jones R, Skegg D. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *Lancet Oncol* 2008; 9: 425–34
2. Doganay M, et al. Abdominal, vaginal and total laparoscopic hysterectomy: perioperative morbidity. *Arch Gynecol Obstet* (2011) 284:385–389
3. Wright K, Jonsdottir G, Jorgensen S and Einarsson J. Costs and Outcomes of Abdominal, Vaginal, Laparoscopic and Robotic Hysterectomies. *JSLs* (2012) 16:519–524
4. Tan J, Tsaltas J, Hengrasme P, Lawrence A, and Najjar H. Evolution of the complications of laparoscopic hysterectomy after a decade: A follow up of the Monash experience. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009; 49: 198–201
5. McCredie M, Sharples K, Paul C et al., “Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study,” *The Lancet Oncology*, vol. 9, no. 5, pp. 425–434, 2008.
6. Kyrgiou M, Valasoulis G, Founta C et al., “Clinical management of HPV-related disease of the lower genital tract,” *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1205, pp. 57–68, 2010.
7. Castle P, Schiffman M, Wheeler C, and Solomon D, “Evidence for frequent regression of cervical intraepithelial neoplasia-grade 2,” *Obstetrics & Gynecology*, vol. 113, no. 1, pp. 18–25, 2009.
8. Kocken M, Helmerhorst T, Berkhof J, et al., “Risk of recurrent high-grade cervical intraepithelial neoplasia after successful treatment: A long-term multi-cohort study,” *The Lancet Oncology*, vol. 12, no. 5, pp. 441–450, 2011.

9. Wright T, Cox J, Massad L, et al. 2001 Consensus Guidelines for the Management of Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Am J ObstetGynecol* 2003; 189:295-304.
10. Bachman GA. Hysterectomy: a critical review. *J Reprod Med* 1990; 35:839-62.
11. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1900-1997. *ObstetGynecol* 2002; 99:229-34.
12. Robertson EA, Blok S. Decrease in the number of abdominal hysterectomies after introduction of laparoscopic hysterectomy. *J Am AssocGynecolLaparosc* 2000; 7:523-525.
13. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J GynecolSurg* 1989; 5:213-16.
14. Broder MS, Kanouse DE, Mittman BS. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *ObstetGynecol* 2000;95: 99-205.
15. García M, Romero R. Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados: a propósito de 300 casos. *Rev CubanaObstetGinecol [seriada en Internet]*. 2008;34(1).
16. Meikle S, Weston N, Orleans M. Complications and recovery from laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy compared with abdominal and vaginal hysterectomy. *ObstetGynecol* 1997; 89:304-11.
17. Kadar N. Implementation of laparoscopic hysterectomy in community hospitals. *J Am AssocGynecol Laparoscopists*. 1995;2(4, suppl): S21.
18. Garry R. Comparison of hysterectomy techniques and cost-benefit analysis. *BaillieresClinObstetGynaecol*. 1997;11(1):137-48.
19. Ayala R, Briones C, Anaya H, et al. Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia institucional con 198 casos. *GinecolObstetMex* 2010;78(11):605-611. Alberto C. Laparoscopic Hysterectomy: Case Presentation and Review. *Rev Med Hond* 2001; 69:22-29
20. Munro M, Parker W. A classification system for laparoscopic hysterectomy. *ObstetGynecol* 1993; 82:624.

21. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *ObstetGynecol* 2002; 99:229-234.
22. Hawe JA, Garry R. Laparoscopic hysterectomy. *SeminLaparoscSurg* 1999; 6:80-89.
23. Meinkle S, Nugent E, Orleans M. Complications and recover from laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy compared with abdominal and vaginal hysterectomy. *ObstetGynecol* 1997; 89:304-311.
24. Magrina J. Laparoscopic surgery for gynecologic cancers. *ClinObstetGynecol* 2000; 43:619-640.
25. Ribeiro S, Ribeiro R, Santos N, Pinotti J. A randomized study of total abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy. *Int J GynaecolObstet* 2003; 83:37-43.
26. Meinkle S, Nugent E, Orleans M. Complications and recovery from laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy compared with abdominal and vaginal hysterectomy. *ObstetGynecol* 1997; 89:304-311.
27. Litta P, Fracas M, Pozzan C, et al. Laparoscopic management of early stage endometrial cancer. *Eur J GynaecolOncol* 2003; 24:41- 44.
28. Lof F, Koa R. Laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy: a controlled study of clinical and functional outcomes. *Singapore Med J* 2002; 43:403-407.
29. Tsaltas J, Magnus A, Mamers P, Lawrence A, Lolatgis N, Healy D. Laparoscopic and abdominal hysterectomy: a cost comparison. *Med J Aust* 1997; 166:205-207.
30. Jones R. Laparoscopic hysterectomy: a series of 100 cases. *Med J Aust* 1993; 159:447-449.
31. Harkki-Siren P, Sjoberg J, Makinen J, et al. Finnish national register of laparoscopic hysterectomies: a review and complications of 1165 operations. *Am J ObstetGynecol* 1997; 176:118-122.
32. Manolitsas T, McCartney A. Total laparoscopic hysterectomy in the management of endometrial carcinoma. *J Am AssocGynecolLaparosc* 2002; 9:54-62.

33. Loh F, Koa R. Laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy: a controlled study of clinical and functional outcomes. Singapore. Med J 2002; 43:403-407
34. Sumitt R. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy: a review of usefulness and outcomes. ClinObstetGynecol 2000; 43:584-593.
35. Rafael C. Laparoscopic Hysterectomy: Case Presentation and Review. Rev Med Hond 2001; 69:22-29
36. Galaal K, Donkers H, Bryant A, Alberto D. Laparoscopy versus laparotomy for the management of early stage endometrial cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Oct; 2018(10): CD006655

IX. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº:

H. CLÍNICA: _____

Id: _____

EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

PATOLOGÍA:

Dx histológico pre-op.:

Dx histológico post-op.:

NIC 1 ()

NIC1 ()

NIC 2 ()

NIC 2 ()

NIC 3 ()

NIC 3 ()

CA IN SITU ()

CA IN SITU ()

Otros ()

CIRUGÍA:

Fecha de Cirugía: ____/____/____

Tiempo Operatorio: _____

Abordaje Quirúrgico

Indicación Quirúrgica

Laparoscopia ()

Diagnóstico:

Laparotomía ()

Volumen de sangrado: _____

Estancia Hosp.: _____

COMPLICACIONES:

Intraoperatorias:

Lesión vascular ()

Lesión visceral ()

Lesión vesical ()

Lesión ureteral ()

Otros: _____

Postoperatorias:

Infección de herida operat. ()

Infección de vías urinarias ()

Anemia ()

Fistula ()

Otros: _____

